

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК клинических дисциплин

**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ
РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
3 курса группы 03051611
Сапецкой Натальи Александровны**

Научный руководитель:
преподаватель Жучкова И.А.

Рецензент:
Старшая акушерка
ОГБУЗ «Волоконовская ЦРБ»
Китицкая Я. И.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ	2
ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ПАТОЛОГИИ дыхательной системы у детей дошкольного возраста	6
1.1. Физиологические особенности здоровых детей дошкольного возраста	6
1.2. Заболевания органов дыхательной системы у детей дошкольного возраста	9
1.3. Профилактика заболеваний дыхательной системы.....	16
1.4. Профессиональное общение с пациентами дошкольного возраста ...	23
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	25
2.1. Изучение профессиональной роли медицинской сестры в профилактике заболеваний дыхательной системы.	25
2.2. Результаты исследования	26
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	35
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	36
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	38

ВВЕДЕНИЕ

Основным направлением работы медицинской сестры является умение общаться с различными пациентами разного возраста. Так же важно уметь наладить психологический контакт с маленьким пациентом, особенно, когда ребенок дошкольник. К сожалению, эта проблема является очень актуальной, так как, огромное количество детей страдают от различных патологий дыхательной системы, причем по несколько раз в год. Таким образом, на первый план выходят проблемы грамотного проведения профилактической работы, а так же повышения иммунитета и адаптивных возможностей организма ребенка.

Профессионализм медицинской сестры определяется не только тем, насколько хорошо она владеет профессиональными навыками и умениями, но и насколько эффективно она взаимодействует со своим пациентом, влияя на его психическое состояние.

В связи с этим, особую актуальность на сегодняшний день приобретает изучение природы патологий дыхательной системы, и ее причин, а так же эмоциональной составляющей данной проблемы.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) и грипп являются одной из актуальных проблем педиатрии, что обусловлено высоким уровнем заболеваемости в детской популяции, значительной частотой развития тяжелых и осложнённых форм болезни, особенно среди детей раннего возраста. По данным Федерального центра Госсанэпиднадзора России, ежегодная заболеваемость ОРВИ в разные годы колеблется от 50 000 до 72 000 случаев на 100 тысяч детского населения до 14 лет. При этом в структуре детской инфекционной патологии эта группа заболеваний по-прежнему сохраняет свои лидирующие позиции, составляя до 70% всех регистрируемых случаев.

Эпидемиологическая обстановка по гриппу и ОРВИ на территории Белгородской области: заболеваемость в детских возрастных группах: от 3 лет до 6 лет ниже эпидемического порога на 37,1%, от 7 лет до 14 лет ниже

эпидемического порога на 42,5%, в группе детей от 0 до 2 лет уровень заболеваемости также ниже эпидемического порога на 29,4%.

Заболеваемость в детских возрастных группах в г. Белгород: от 3 лет до 6 лет ниже эпидемического порога на 31,2%, от 7 лет до 14 лет ниже эпидемического порога на 57,8%, в группе детей от 0 до 2 лет уровень заболеваемости ниже эпидемического порога на 32,9%.

Высокая частота острых респираторных инфекций во многом обусловлена, с одной стороны, особенностями иммунной системы ребенка (незрелость, «поздний старт», отсутствие предшествующего иммунологического опыта), кратковременностью противовирусного иммунитета, а с другой - этиологическим разнообразием возбудителей (около 200 возбудителей, более 170 вирусов), их высокой контагиозностью, преобладанием воздушно-капельного пути инфицирования. Чрезвычайно высок удельный вес ОРИ у часто болеющих детей (ЧБД), имеющих хронические очаги инфекции, изменения в аллергологическом анамнезе, а также среди детей раннего возраста. Именно у этих пациентов респираторные инфекции протекают тяжело, с развитием синдромов, осложняющих течение заболевания, требующих ранней квалифицированной диагностики, своевременного оказания неотложной помощи и назначения полноценного лечения с учетом тяжести состояния больного.

Цель исследования:

Изучить роль медицинской сестры в профилактике респираторных заболеваний у детей дошкольного и младшего школьного возраста.

Задачи:

Проанализировать теоретические аспекты проявления патологии дыхательной системы.

Провести исследование профессиональной роли медицинской сестры в профилактике ОРВИ;

Сделать выводы, на основе полученных данных и разработать рекомендации.

Предмет исследования: профессиональная работа медицинской сестры в профилактике респираторных заболеваний.

Объект исследования: дети дошкольного возраста, имеющие различные заболевания дыхательной системы.

Методы исследования: теоретический анализ литературы по теме, статистические методы исследования.

Практическая значимость исследования: данные исследования необходимо использовать в профессиональном общении медицинской сестры с пациентами дошкольного возраста, имеющими заболевания дыхательной системы .

Гипотеза: профилактическая работа медицинской сестры значительно снижает уровень заболеваемости детей в осенне-зимний период.

База исследования: ДОУ СОШ №68

Структура дипломной работы: данная работа включает в себя введение, 2 главы, теоретическую и исследовательскую части заключение, список литературы, приложение

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ПАТОЛОГИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

1.1. Физиологические особенности здоровых детей дошкольного возраста

Как физиологическое, так и психофизиологическое развитие малыша, в дошкольном возрасте, пока еще до конца не обеспечивает ему еще того уровня самостоятельности, который необходим для пребывания в детском учреждении. Кроме того, в дошкольном возрасте происходят важные перемены в работе всех физиологических систем детского организма, и к семи годам ребенок приобретает тот уровень лингвистического и функционального развития, который обычно, психологи и педагоги называют «школьной зрелостью». С физиологических позиций возраст семи лет считается одним из критических шагов развития малыша, от которого во многом зависит вся его последующая жизнь в обществе и социуме в общем.

Рост и физическое интенсивное развитие малыша после трех лет снижается. Тело и пропорции малыша продолжают изменяться, он растягивается, туловище его умеренно становится уже. В возрасте пяти лет начинают проявляться первые половые различия в строении тела, но еще слабо выраженные. В этом возрасте ребенок интенсивно растет в длину, при всем этом, следует отметить, что все конечности в это время растут быстрее, чем само туловище.

Обменные процессы в этом возрасте достигают высокого уровня во всех тканях организма. В покое расход энергии организмом малыша в шесть лет достигает 2 Вт в расчете на каждый килограмм массы тела (у взрослого 1 Вт/кг). Высокий уровень энергозатрат основывается у детей более интенсивной работой сердца и дыхания. И это потому, что в этом возрасте частота дыхания составляет 24—27 дыхательных циклов в минуту (у взрослых 12—18), частота сокращений сердца 94—98 ударов в минуту (у взрослых примерно 70) [9].

Дыхание у детей в возрасте семи лет изменяется потому, что случается интенсивный рост ребер, также изменяется их положение. В итоге этих изменений меняется форма и самой грудной клетки (ее передняя часть опускается вниз, при всем этом возможности изменения размера грудной клетки в процессе дыхания резко вырастают). Форма грудной клетки оказывает основополагающее действие на характер дыхания. Если, приемлимым, до этого было в основном «брюшное» дыхание, то с этого возраста оно становится «грудобрюшным» или «смешанным». Резервный размер вдоха благодаря происходящим перестройкам, начинает заметно возрастать, что делает пригодные условия для работы легких, также, при физической перегрузке.

«Кровоток у детей примерно вдвое выше, чем у взрослых, что и обеспечивает кислородом тканевые метаболические процессы. При всем этом кровяное давление у детей намного ниже, чем у взрослых: систолическое давление у шестилетнего малыша в норме не превосходит 95—105 мм рт. ст. Это случается из-за нескольких обстоятельств: во-первых, размеры тела детей значительно меньше, следовательно, масса столба крови, давление которого должно преодолевать сердце, примерно вдвое ниже. Во-вторых, периферическое сопротивление тока крови у детей значительно ниже из-за специфичных особенностей сосудодвигательных реакций: тонус сосудов у детей более постоянен, чем у взрослых, и не может достаточно регулироваться в зависимости от функциональных потребностей организма» [9].

«Терморегуляция напрямую связана с данной индивидуальностью, как регуляция кровообращения. Непосредственно поэтому терморегуляция организма малыша и взрослого различна. К примеру: если понижается температура окружающей среды на несколько градусов ниже комфортного уровня, то в организме взрослого человека случается повышение тонуса кожных сосудов, это ограничивает ток крови по периферии тела и уменьшает теплоотдачу с его поверхности. Тем самым организм предупреждает понижение температуры «ядра тела», в которое входят (сердце, печень, мозг и др.) Но в такой же ситуации у малыша все напротив: кожные сосуды

фактически не изменяют свой тонус, теплоотдача начинает возрастать, а чтобы восполнить потери тепла, организм включает другие источники теплопродукции. У взрослых, так же, может появляться реакция этого типа, но она возможна лишь в аспектах резкого и длительного остывания и проявляется приступами мышечной дрожи» [9].

С шестилетнего возраста у малыша начинается быстрое улучшение сосудодвигательных реакций периферических, также кожных сосудов. Поэтому непосредственно в этом возрасте в индивидуальности продуктивны разные закаливающие процедуры. Глубокий смысл похожих процедур заключается в том, чтобы приучить организм маленького малыша проявлять реакцию более экономичным образом на снижение температуры окружающей среды. Этот эффект достигается благодаря тренировке сосудодвигательных реакций периферических сосудов. Поэтому закаливающие процедуры обычно начинают с тренировки непосредственно сосудов рук и ног (мытьё ног холодной водой) и лишь умеренно переходят к обливанию всего тела

Однако для правильного закаливания принципиально соблюдать меру, чтоб не переохладить еще недостаточно укрепленный детский организм. Потому к обширно популярным способам экстремального закаливания детишек нужно относиться с большой осторожностью. На исходных шагах закаливания вода обязана быть комнатной температуры, т.е. 20—23°C, в последствии, в зависимости как идет закаливание, температуру воды можно равномерно понижать. Нужно держать в голове, что процедура закаливания, должна происходить постепенно и сразу после обливания, нужно кропотливо растирать охлажденные участки кожи махровым полотенцем, чтобы вызвать к ним приток крови и не допустить отрицательных последствий переохладения. Закаливание лучше всего начинать летом, когда температура воздуха близка к приятной, и сама процедура доставляет ребенку радость. Следует держать в голове, что лишь постоянные системные занятия ведут к намеченному результату и нельзя закаливать малыша в один прекрасный момент и на всю жизнь.

1.2. Заболевания органов дыхательной системы у детей дошкольного возраста

В последние несколько лет всё чаще и чаще стали проявляться болезни органов дыхания у деток различного возраста.

Обычно, дыхание разделяется на: наружное дыхание, другими словами вентиляция легких кислородом; и внутреннее либо тканевое дыхание, которое идет в каждой клеточке организма;

«Вдох является активным действием, за счет работы межреберных мускул и диафрагмы. Часть воздуха все время располагается в легких, и является «мертвым местом». Потому главными этиологическими причинами болезни органов дыхания являются: разные инфекции и вирусы, (стрептококки, стафилококки); а так же аллергическая реакция на разные возбудители.

Так же, к факторам, которые способствуют заболеванию органов дыхания, относят: отсутствие закаливающих процедур для детей, кислородное голодание из-за недостающего пребывания с детками на воздухе, разные стрессовые травмирующие ситуации, усталость, и гиповитаминоз» [1, с. 125].

К основным заболеваниям органов дыхания относят:

Острые респираторные заболевания, как и все инфекционные, имеют местные и общие симптомы. Все процессы, происходящие в дыхательных путях, то есть носоглотке, гортани, трахее, относятся к местным симптомам. Это такие как выделения из носа, боль в горле, кашель. А к общим симптомам относятся иммунологические реакции организма на проникновение вирусов и бактерий. Токсины, выделяемые микробами и вирусами, попадают в кровь и это вызывает головную боль, общую слабость, повышение температуры тела, потерю аппетита.

В зависимости от расположения воспалительного процесса, выделяются характерные симптомы, так при поражении: носа, и слизистых наступает заложенность, чихание, насморк. При поражении глотки – сухость в горле и боль, если страдают миндалины – появляется покраснение, неба, болевые

ощущение, налет, отек. Сухой кашель и осиплость голоса при воспалительном процессе в гортани, если повреждается трахея, то возникает ощущение заложенности за грудиной, а при воспалительном процессе в бронхах возникает сухой кашель, который позже становится влажным, то есть идет с отделением мокроты.

К довольно распространенным заболеваниям в дошкольном возрасте относится бронхит. Бронхит – заболевание бронхов, характеризующееся воспалением слизистой оболочки. В наши дни бронхит признан одним из наиболее распространенных заболеваний органов дыхания. Выделяют острый и хронический бронхит. Помимо простой формы бронхита существуют: гнойный бронхит (характеризуется выделением гнойной мокроты); обструктивный бронхит (сопровождается спазмами бронхов). Одним из основных признаков бронхита является сильный длительный кашель. Бронхит возникает в результате отека и раздражения слизистой оболочки бронхов.

«Причинами воспаления становятся: вирусы (те же, которые приводят к возникновению острых респираторных заболеваний); токсичные химикаты и химические вещества; пыль; аллергены. Факторы, влияющие на развитие заболевания и дающие возможные осложнения: курение; переохлаждение; нарушение носового дыхания; физиологические изменения (деформация грудной клетки); хронические заболевания. Бронхит у детей могут спровоцировать такие заболевания, как: экссудативный диатез; рахит; корь; коклюш» [1, с. 26].

Пневмония – это инфекционно-воспалительное заболевание легких, при котором поражение распространяется на все составляющие легочной ткани. Заболевание характеризуется сильным кашлем с мокротой, болью в области грудной клетки, слабостью, резким повышением температуры и потливостью.

Заболевание имеет несколько типов классификации, позволяющих рассматривать пневмонию в соответствии с причинами её возникновения, развитием, стадией и другими важными характеристиками. Одной из самых важных и показательных классификаций можно назвать классификацию по

типу возникновения. Выглядит она следующим образом: внебольничная пневмония – самая распространенная форма болезни. Развивается в домашних условиях.

Возбудителями этого вида заболевания считаются грамположительные микроорганизмы – стрептококки, пневмококки, гемофильная палочка и др.; внутрибольничная, или нозокомиальная, пневмония – возникает у больного во время его лечения в стационаре, не связанного с пневмонией. Может быть диагностирована не ранее чем через 48-72 часа после госпитализации и не менее чем через 48 часов после выписки больного; аспирационная пневмония – возникает у больных с различными нарушениями сознания, такими, как последствия черепно-мозговой травмы, инсульта, эклампсия; пневмония, возникающая на фоне тяжелых дефектов работы иммунитета (врожденный иммунодефицит или приобретенная ВИЧ-инфекция).

Очаговая, или бронхопневмония, имеет менее острое начало и значительно быстрее развивается. Нередко начинается после перенесенного больным обострения хронического бронхита и ОРВИ-заболеваний. В первые дни трудно диагностировать очаговый тип пневмонии и тем более – отличить его от пневмонии крупозной. Грудная клетка на пораженной стороне практически не отстаёт от здоровой части при осмотре, тонус сохраняется. Перкуссия легких в данном случае не информативна, если очаг заболевания небольшой и находится глубоко. Главным симптомом, который можно обнаружить при осмотре, могут стать влажные хрипы над зоной поражения, которые длятся в течение всего вдоха. Если воспаление перешло на плевру, то можно заметить шум её трения.

К наиболее показательным симптомам относятся: медленное развитие заболевания после недавно перенесенной ОРВИ; отсутствие острых плевральных болей в грудной клетке пациента; отделение слизисто-гноющей мокроты при кашле; отсутствие бронхиального дыхания; наличие влажных мелкопузырчатых хрипов при прослушивании.

Признаки крупозной (долевой) пневмонии. Крупозная, или долевая, пневмония развивается по стадиям, и её симптомы зависят от степени тяжести, локализации очагов и наличия сопутствующих заболеваний. Наиболее показательная картина симптомов получается тогда, когда есть возможность установить морфологическую стадию течения болезни и её начало.

1-2 сутки (стадия прилива). К наиболее характерным симптомам этой стадии можно отнести: повышенная температура тела 39-40°C; одышка; симптомы интоксикации, которые со временем нарастают; сухой изнуряющий кашель; акроцианоз; при акте дыхания заметно отставание больной части грудной клетки при сохранении её симметричности; ослабление везикулярного дыхания при прослушивании; влажные мелкопузырчатые хрипы.

5-10 сутки (стадия опеченения). На этой стадии сохраняются многие признаки предыдущей, лихорадка высокая, есть симптомы интоксикации организма, но к ним добавляются и новые признаки: кашель с отделением характерной «ржавой» и слизисто-гнойной мокроты; сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность; больной сохраняет вынужденное положение на боку; усиливается цианоз; гиперемия лица; частота дыхания повышается до 25-30 в минуту; одышка с затрудненным выдохом; дрожание голоса; притупление перкуторного звука над областью поражения; смена ослабленного везикулярного дыхания жестким; шум трения плевры.

10 сутки (стадия разрешения). Стадия характеризуется осложненным течением пневмонии. Картина симптомов выглядит следующим образом: снижение температуры тела; уменьшение симптомов интоксикации организма; перкуторный звук притупляется, после чего постепенно сменяется на ясное легочное звучание; восстанавливается эластичность легочной ткани по мере её избавления от экссудата; исчезновение крепитации; везикулярное дыхание.

«Зачастую, в последнее время встречается бессимптомное течение, то есть нет повышенной температуры, кашля, не отходит мокрота. Из-за этого ее

не могут диагностировать вовремя, и назначают лечение с опозданием, такое состояние чревато большим количеством осложнений» [1, с.134].

Бронхиальная астма — хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, сопровождающееся их повышенной чувствительностью к внешним и внутренним стимулам и проявляющееся периодически возникающими приступами удушья. Бронхиальная астма возникает в результате сужения бронхов из-за мокроты, воспалительного процесса или отека. Причины астмы различны: наследственность; аллергены (пыль, пыльца, шерсть животных, пищевые продукты); влияние окружающей среды (выхлопные газы, табачный дым); бактериальные и вирусные инфекции (грипп, бронхит, синусит); лекарственные препараты (нестероидные противовоспалительные средства); сильные стрессы, страхи, волнения; повышенная физическая нагрузка.

Выделяются четыре стадии заболевания: интермиттирующая астма (приступы и обострения возникают пару раз в месяц); легкая персистирующая астма (еженедельные приступы и обострения); персистирующая астма средней тяжести (частые ночные приступы, ежедневные обострения); тяжелая персистирующая астма (обострения могут случаться несколько раз в день, ночные приступы происходят каждую ночь).

Характерные для бронхиальной астмы симптомы представляют собой: приступообразный кашель (особенно по ночам); одышка, затрудненное дыхание; выделение мокроты; хрипы при дыхании; тяжесть в грудной клетке.

«Известна, например, бронхиальная астма аптекарей, связанная с вдыханием некоторых порошков неорганической природы, а также профессиональная астма работников производств, на которых применяются определенные красители. К некоторым формам бронхиальной астмы существует наследственная предрасположенность, что отнюдь не означает обречённости детей тех, кто болен генетически обусловленной астмой. Бронхиальная астма у детей относится к разряду самых распространённых

заболеваний. По статистике ей подвержено от 8 % до 12 % детей, и этот показатель с каждым годом увеличивается» [1, с. 84].

«Круп — заболевание чаще встречается у детей (дифтерийный круп поражает людей любого возраста). Это налет гноя на слизистых оболочках глотки, гортани. Если тяжелый случай болезни и ребенок задыхается, накладывается трахеостома (делается в трахее отверстие и вставляется трахеостомическая трубка). Чаще всего возникает при спазме или разбухании слизистой оболочки трахеи и гортани при ОРВИ или гриппе, иногда при дифтерии, аллергии или нехватке кальция в крови» [1, с. 217].

Причиной крупа также может быть воспаление надгортанника (хрящ, который закрывает вход в гортань во время акта глотания) вследствие вирусной или бактериальной инфекции. При этом состоянии температура поднимается до 39 градусов. Больной ребенок не может не только есть, но и сглатывать слюну, отказывается ложиться в кровать. Вдыхание инородного тела через нос, например ореха или морской ракушки вызывает спазм гортани и трахеи, а значит, появятся симптомы крупа.

Ангина (острый тонзиллит) — инфекционное заболевание, которое протекает с воспалением небных миндалин (гланд) и лимфатических узлов. Заболевание возникает в результате поражения миндалин в случаях: передачи вируса воздушно-капельным путем; употребления продуктов, зараженных стрептококками; сильного переохлаждения; размножения уже находящихся на миндалинах микробов, в момент снижения иммунитета. Симптомы ангины: Острое начало, повышение температуры; увеличение миндалин в размере; налет на миндалинах; постепенно увеличивающаяся боль в горле; увеличение лимфатических узлов; общая слабость; ломота в суставах.

«С первого дня заболевания ребёнка беспокоят общая слабость, головная боль, снижение аппетита, нарушение сна, ломота в суставах, пояснице, мышцах. Головная боль носит тупой неопределенный характер. Открывание рта при неосложненной форме болезни свободное и безболезненное. Миндалины увеличены и могут иметь различные размеры. Обычно при ангине

миндалины увеличиваются в 1,5–2 раза. Нельзя судить о характере и степени поражения миндалин лишь по их размерам. Гораздо более ценное диагностическое значение имеет цвет миндалин, их рельеф, наличие воспалительных и некротических очагов» [3, с. 97].

«Коклюш – инфекционное заболевание верхних дыхательных путей, проявляющееся в виде приступов спазматического кашля. Чаще всего отмечается коклюш у детей дошкольного возраста. Скрытый период болезни продолжается от 4 до 13 дней» [1, с. 196]. При коклюше возникает общее недомогание у ребенка пропадает аппетит. ринит; незначительное повышение температуры; продолжительный кашель в приступообразной форме, усиливающийся по ночам и в утренние часы; болезненные ощущения в грудной клетке; хрипы, сип при дыхании; выделение слизистой мокроты, рвота; кровоизлияния под слизистую оболочку конъюнктивы глаза, на коже лица, на носоглотке; посинение, припухлость лица; судороги.

«Во время частых (до 18 и более раз в сутки) приступов кашля лицо ребенка синеет, может возникнуть непроизвольная рвота, в тяжелых случаях начинаются судороги. Мокрота липкая, вязкая, плохо откашливается. Кашель длится от 1,5 до 2 недель, иногда до 2,5 месяцев. Коклюш может осложниться пневмонией. Острый ринит- воспаление слизистой оболочки полости носа — одно из самых частых заболеваний верхних дыхательных путей у детей и взрослых, которое может быть как самостоятельным, так и одним из проявлений или осложнений острых инфекционных заболеваний (грипп, аденовирусная инфекция, корь, дифтерия, скарлатина)» [4, с. 15].

Насморк (ринит) – самое распространенное воспалительное заболевание верхних дыхательных путей. Выделяется острая и хроническая формы. Острый ринит возникает в результате воспалительного процесса слизистой оболочки полости носа. Причины заболевания: переохлаждение; частые заболевания вирусными инфекциями; травмы слизистой оболочки носа; пребывание в запыленных или задымленных помещениях. Характерные для ринита симптомы: затруднение носового дыхания; снижение или потеря обоняния; зуд

и щекотание в носу; слизистые выделения из носа; образование корочек в носу; покраснение кожи вокруг ноздрей и над верхней губой.

Важное значение для предупреждения заболеваний органов дыхания имеет систематическое закаливание организма. В предупреждении болезни у детей не последнюю роль играет борьба с ОРВИ; особого внимания требуют дети с аденоидами, хроническим тонзиллитом, воспалением придаточных пазух носа, часто болеющих бронхитами. Поэтому, для предотвращения заболеваний органов дыхания у детей особо важное значение играет профилактическая работа, в частности закаливание, правильный режим дня, проветривание.

1.3. Профилактика заболеваний дыхательной системы

Профилактическая работа бывает специфическая и неспецифическая. К неспецифической профилактике ОРВИ относят:

Первым компонентом профилактики является проветривание.

«Главный эпидемиологический принцип профилактики ОРВИ: вирусные частицы часами и сутками сохраняют свою активность в пыльном, сухом, теплом и неподвижном воздухе и практически мгновенно погибают в воздухе чистом, прохладном, влажном и движущемся. Основной, прикладной, практический вывод из этого положения состоит в том, что вероятность инфицирования теснейшим образом связана с интенсивностью воздухообмена в помещении. Чем интенсивнее воздухообмен, тем меньше концентрация вирусов в воздухе, тем меньше вероятность инфицирования. Именно с этим во многом связан тот факт, что сезон ОРВИ заканчивается тогда, когда во всех домах открываются окна и форточки. Поэтому частое и регулярное проветривание помещений в саду снизит содержание вирусов в воздухе. Чем больше детей в помещении — тем чаще и интенсивнее его надо проветривать» [1, с. 173].

Основные мероприятия в детских учреждениях: при выходе на прогулку — проветривание помещения детского сада, Высокую концентрацию вируса в

воздухе можно создать исключительно в помещениях. На свежем воздухе это практически нереально, поэтому заразиться во время прогулки можно, лишь целуясь-обнимаясь с больным.

Второй компонент профилактической деятельности представляет собой закаливание. Более трудоемким, хотя и более щадящим для организма, является повышение неспецифической резистентности ребенка, так называемая неспецифическая профилактика. В первую очередь, это закаливающие процедуры, начиная от самых доступных ножных ванн или ходьбы босиком, заканчивая посещением бассейна и занятий в оздоровительных комплексах. В основе закаливания лежит тренировка терморегуляторных механизмов организма, включая центр терморегуляции в гипоталамусе, вегетативную нервную систему, вторично вовлекаемые сердечно-сосудистую, дыхательную и другие системы организма. Процедуры закаливания приводят к повышению обмена веществ и стимуляции активности 193 иммунокомпетентных клеток. При закаливании следует придерживаться следующих принципов:

«* закаливающие процедуры проводить только здоровым детям. Противопоказаниями являются лихорадочные состояния, период ранней реконвалесценции после ОРВИ, заболевания с серьезным нарушением функций сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной систем; * начинать со слабых доз закаливающих воздействий с последующим постепенным увеличением. Например, ежедневно снижая температуру воды для ножных ванн или настойки трав для полоскания горла на 1°C;

Использовать воздействие на организм различных агентов окружающей среды: воды, воздуха, ультрафиолетовых лучей;

Процедуры проводить регулярно, чередуя слабые и более сильные закаливающие агенты на всем протяжении закаливания;

Создавать положительные эмоции у ребенка, что достигается музыкальным сопровождением, введением игровых элементов и т.д.» [1, с. 235].

Не менее важным является третий компонент витаминизированное питание. Первостепенное значение в формировании резистентности детского организма к инфекционным агентам имеет полноценное, богатое не только белками, но и витаминами, питание. Одними из наиболее необходимых для нормального функционирования иммунной системы, улучшения метаболических процессов считаются витамины А, В, Е и особенно, С. Аскорбиновая кислота (витамин С) выполняет важную роль в регуляции окислительно-восстановительных процессов, углеводного обмена, свертывания крови, регенерации тканей, способствует повышению резистентности организма, что, вероятно, связано с антиоксидантными свойствами аскорбиновой кислоты. Витамин С применяется внутрь по 0,5-1 г 1-2 раза в день. Наибольшее количество витамина С содержится в соке квашеной капусты, а также мандаринах, лимонах, апельсинах, грейпфрутах, киви. Полезен салат из свежей капусты, которая содержит большое количество витаминов и микроэлементов. С - витаминизацию необходимо проводить с декабря по апрель.

В эпидемический период одним из наиболее доступных средств профилактики гриппа и других ОРВИ является ношение ватно-марлевой повязки (маски). Однако, это недостаточно надежный метод собственной защиты, он предохраняет от инфицирования окружающих. Инфекция может легко передаваться через грязные руки, поэтому необходимо часто мыть руки, особенно во время болезни или ухода за больным.

Для профилактики гриппа необходимо уменьшить количество контактов с источниками инфекции, что является особенно важным для детей. Дети должны как можно больше времени находиться на свежем воздухе, ежедневно употреблять свежие овощи и фрукты, а также по 2-3 зубчика чеснока в день.

Признанными средствами укрепления неспецифической резистентности являются адаптогены - безвредные биологически активные субстанции природного, преимущественно, растительного происхождения, способные

восстанавливать нарушенные функции организма, вызванные различными факторами, включая инфекционные. Такими средствами являются и многие биологически активные добавки (БАД), фармакологическое действие которых обычно определяется содержанием в них биологически активных веществ: полиненасыщенных жирных кислот, микроэлементов, незаменимых аминокислот, флавоноидов и др., оказывающих определенное стимулирующее действие на организм.

Так же очень важным является утренний осмотр детей в саду ежедневно, в который входит осмотр зева, измерение t° и осмотра кожных покровов.

Наиболее эффективным методом профилактики является ароматерапия.

Для профилактики ОРЗ берется смесь масел эвкалипта и лаванды в соотношении 1:1. Сеансы проводятся 1-2 раза в день по 20-25 минут в течение 2-3 недель. После чего делается перерыв в 1-1,5 месяца.

Для дезинфекции помещений детских дошкольных и школьных учреждений, больничных палат в опасный осенне-зимний период и при наличии заболевших ОРВИ используют аромалампу, (по данным НИИ им. Сеченова снижает вероятность ОРВИ на 50-80%). Это объясняется мощными противовирусными и антибактериальными свойствами эфирных масел, а также их способностью оптимизировать влажность воздуха (это благоприятно влияет на функцию мерцательного эпителия), инактивировать газообразные загрязнители и усиливать пылепоглощение (мельчайшие частички пыли – транспорт, «верхом» на котором болезнетворные агенты проникают в дыхательные пути).

Для этого добавить в аромалампу одно или несколько эфирных масел: лаванда(5-7 капель), лимон (5-7 капель), пачули, чайное дерево (4-5 капель), эвкалипт (4-5 капель), тимьяновое (3-4 капли), иссоповое (3-4 капли), душичное (3-4 капли). Аромаокуривание производить от 20 минут до 2 часов 2-4 раза в день. Дозировки рассчитаны на помещение площадью 15 м2.

При отсутствии аромалампы приготовить аромасмесь в емкости с широким горлом и поместите ее над батареей.

Для влажной уборки помещений детских садов взять 10 мл одного из эфирных масел: эвкалиптового, чайного дерева, тимьянового, иссопового, душичного или лимонного, добавить в 300 мл жидкого мыла. Хорошо взболтать.

Ежедневно производите влажную уборку, в воду для мытья полов добавлять 10 мл данной смеси (1 стол ложка=10 мл) или 3-5 капель любого из перечисленных эфирных масел на 5 л воды.

Для маленьких детей рекомендуется использовать эфирное масло лимона, эвкалипта, мяты.

Для детей старше шести лет — розмарина, тимьяна, сосны, пихты.

Так же, обязательно, в качестве профилактики заболеваний дыхательного аппарата в работе медицинской сестры необходимо использовать лечебную гимнастику.

1. Спокойная ходьба по залу с переходом на ходьбу с высоким подниманием ног, в течение 1 минуты. Дыхание через нос, сохранение правильной осанки.

2. «Самолетики». Бег с разведенными в стороны на уровне плеч руками. Время бега увеличивается на каждом занятии на 8-10 секунд с 10-15 с до 1 мин. За 15 секунд до окончания упражнения темп бега постепенно замедляется. Во время выполнения движения произносится звук «у-у».

3. Ходьба по скамейке. Прохождение по гимнастической скамейке и спрыгивание на мягкое покрытие. Упражнение выполняется 1-2 раза.

4. «Часики». Исходное положение (и.п.): ноги на ширине плеч, руки на поясе, наклоны в стороны: наклон вправо — «тик», влево — «так». Слова произносятся громко, спина прямая, упражнение выполняется 4-5 раз.

5. Произношение звуков и слогов с двукратным повторением. Дыхание через одну ноздрю: дует ветер — «фу» (тихо, сильно); жужжит жук — «ж-ж-ж». При выполнении упражнения ребенок указательным пальцем поочередно закрывает то одну ноздрю, то другую, осанка правильная. Затем сидя на стуле,

руки на коленях, ребенок 2-4 раза поет, как петушок: «ку-ка-ре-ку», лает, как собака: «гав-гав».

6.«Аист». Перешагивание через гимнастическую палку, фиксируемую на высоте 40-50 см. Упражнение повторяется 1-2 раза.

7.«Маленькие - большие». Приседания: «маленькие» - присесть, руками обхватить колени; «большие» - встать, руки поднять вверх над головой. Упражнение повторяется 3-5 раз. При приседании произносится «ах», при поднимании «ох».

8.Бросание мяча в обруч – 2-3 раза. Бросание мяча двумя руками в обруч, расположенный на высоте роста ребенка на расстоянии 1 метра от него.

9.«Змейка». Проползание под гимнастической скамьей. Упражнение повторяется 1-2 раза.

10.Подтягивание на руках вдоль гимнастической скамьи, лежа на животе, голова приподнята. Упражнение повторяется 1-2 раза.

11.«Ножнички». Руки вытянуты вперед, выполняется скрестное движение руками. Упражнение повторяется 4-5 раз.

12.«Воздушный шар». Ребенок имитирует надувание воздушного шара, делая вдох носом, выдыхая через рот, медленно разводя руки в стороны. Когда шар стал уже большой, руки максимально разведены, произносят «бах», шар лопается, и ребенок приседает.

13.Игра малой подвижности или ходьба.

Кроме лечебной гимнастики желательно использовать дыхательные упражнения для профилактики острых респираторных заболеваний. Для этого упражнения делаются после сна, лежа на кровати:

Во первых,- поднять руки и ноги — вдох, соединить руки и ноги — выдох. Вдох, руками захватить колени - выдох. Вдох, поднять правую руку и правую ногу вверх — выдох; то же левой ногой и рукой. В стороны - вдох, согнуть ноги, подтянуть к груди - выдох, выпрямить ноги и опустить их сбоку.

Руки вверх, перекачивание на правый бок, затем — на левый. Руки за головой: «Велосипед».

Во вторых,-на четвереньках: отвести правую руку через сторону вверх, то же левой. На четвереньках: «Кошечка». Руки вверх, сесть и лечь. Лежа на спине, отвести руки в стороны, ноги согнуть в коленях. Руки в стороны, поворот вправо, положить ладонь на ладонь. Руки под головой, сделать круг прямой правой ногой, то же левой.

В третьих,- «плаваем» на животе. Правую ногу, согнуть ее, выпрямить, то же левой. Лежа на животе приподнять туловище, руки за голову. Руки под подбородком, прогнуться, выпрямить руки — вдох, вернуться в и.п. - выдох.

Специфическая профилактика - массовая вакцинация (иммунопрофилактика). Вакцина против гриппа входит в Национальный календарь профилактических прививок России. Это единственное надежное средство против гриппа. Ежегодно вирус гриппа меняется, приобретая новые свойства и вызывая все более тяжелые осложнения. Поэтому вакцина против гриппа каждый год обновляется. Пик заболеваемости приходится на январь - март, поэтому прививку от гриппа рекомендуется делать в октябре -декабре. Иммуитет после прививки формируется через 14-20 дней и сохраняется в течение 6-10 месяцев. Поэтому необходимо прививаться ежегодно. Все современные вакцины подразделяются на три категории: Вакцины I поколения - цельновирионные (живые); Вакцины II поколения - расщепленные (сплит); Вакцины III поколения - субъединичные. В России разрешены к применению восемь вакцин. Три вакцины против гриппа отечественного производства: - живая гриппозная вакцина (Ультравак); - инактивированная гриппозная вакцина цельновирионная (Грипповак); - полимерсубъединичная инактивированная гриппозная вакцина (Гриппол). Пять гриппозных вакцин зарубежного производства: - сплит-вакцины (Бегривак, Ваксигрипп, Флюарикс); - субъединичные гриппозные вакцины (Инфлюовак).

1.4. Профессиональное общение с пациентами дошкольного возраста

К детям любого возраста нужно относиться доброжелательно. Это поможет установить контакт с первых дней пребывания пациента детского возраста в больнице. Помните, что дети очень эмоционально реагируют на приход родителей; после их ухода, медицинскому персоналу бывает трудно успокоить ребенка.

У пациентов детского возраста, могут быть самые различные потребности в общении. Они могут нуждаться в совете, утешении, консультации или обычном разговоре. То, насколько медсестра способна удовлетворять эти потребности, зависит от ее навыков общения и опыта. Важно понимать, когда ребенок нуждается во внимании, социальном контакте или каком-то ином общении. Устанавливать эффективное общение нелегко, для этого требуются специальные навыки, умение слушать, задавать вопросы, поддерживать и проявлять теплоту и заботу.

«Если медсестра занимает строго ролевую позицию, не проявляя себя как личность, то установление психологического контакта будет затруднено, встреча не состоится и рассчитывать можно только на формально ролевое общение. Раскроется ли ребенок медицинской сестре – зависит от того, насколько между ними успешно создается атмосфера доверия и безопасности. Наличие психологического контакта между медсестрой и ребенком – одно из важнейших условий эффективного сотрудничества. Чтобы психологический контакт состоялся необходимо применять ряд психологических технологий: понимающее общение, отношение к партнеру, искусство слушать ребенка, пространственная организация общения, эмпатия, самовыражение, беседа» [2, с. 223].

Успех медицинского работника зависит от профессионализма, человеческих и личностных качеств, поведения. Психологический настрой и отношение пациента к болезни оказывает огромное влияние на болезнь и ее течение

Человеческая тревожность - это сугубо индивидуальная психологическая особенность, которая характеризуется в повышенной склонности человека испытывать беспокойство в самых различных жизненных ситуациях, в том числе и в таких, которые к этому не предусматривают.

Практически все пациенты испытывают страх. Их активаторы: боль и ее ожидание, обеднение социальных контактов, изменения в различных сферах жизни из-за болезни, невозможность самостоятельно контролировать ситуацию, зависимость от профессионализма и личностных качеств медперсонала, неразрешенность ситуации, прогнозирование худшего. Страх заразителен – беседы пациентов между собой не всегда способствуют снижению его уровня. Так же он может быть плодом фантазии.

Чаще всего у детей страх связан с медициной, уколы, врачи, опасности, грозящей их целостности организма. Они боятся напоминаний о переживаниях, которые он прожил или будет переживать, боли, уколов, недоброжелательных или даже агрессивных действий со стороны медицинских работников. Он переносит страх за свою жизнь на страх перед медицинским учреждением, медицинским работником. Страх перед медицинским работником должен быть ниже, чем желание бороться за свое здоровье, за свою жизнь.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

2.1. Изучение профессиональной роли медицинской сестры в профилактике заболеваний дыхательной системы.

Исследование профессиональной роли медицинской сестры в профилактике заболеваний дыхательной системы было проведено в 2019 году, базой для исследования послужил ДООУ СОШ №68, где были обследованы дети дошкольного возраста из двух групп. В первой группе проводилась профилактическая работа с помощью ароматерапии, дыхательной и лечебной гимнастики, другая группа была контрольной. Мы исследовали 44 ребенка в возрасте от четырех до шести лет.

Целью исследования было изучение профилактической работы медицинской сестры с детьми дошкольного возраста. Для исследования мы изучили уровень заболеваемости в осенне-зимний период в обеих группах, а так же в одной группе проводили профилактическую работу, вторая группа была контрольной.

Исследование проводилось в несколько этапов:

1. На первом этапе было проведено изучение медицинских карт детей дошкольного возраста, с целью изучения специфики и частоты заболеваемости органов дыхания.

2. На втором этапе мы провели профилактическую работу с помощью ароматерапии, дыхательной и лечебной гимнастики и сравнили результаты в двух группах.

3. На третьем этапе мы обработали полученные данные, построили таблицы и диаграммы, сделали выводы.

2.2. Результаты исследования

В ходе исследования были изучены данные двух групп детей дошкольного возраста с общим количеством сорок четыре человека.

При изучении специфики и частоты заболеваемости детей дошкольного возраста, по их медицинским картам, оказалось, что самым частым заболеванием за промежуток 2018 года, в исследуемых группах является ОРВИ, на втором месте бронхит, и на третьем обструктивный бронхит, но так же наблюдались единичные случаи ангины, бронхиальной астмы и воспаления легких (Табл. 1).

Таблица 1

Заболеваемость органов дыхания детей пяти – шести лет ДООУ СОШ №68

Болезни дыхательной системы	Кол. случаев болезни за 2018 год	Кол. случаев болезни в %
ОРВИ	105	48%
Бронхит	45	20%
Обструкция	35	19%
Ангина	20	8%
Бронхиальная астма	5	2%
Пневмония	10	3%

Оказалось, что среди исследуемых детей младших подготовительных групп, частота встречаемости ОРВИ оказалась 105 раз, что составило 48%, бронхитом, в течение года болели 45 раз, что соответствует 20% , обструктивный бронхит был зафиксирован 35 раз, у детей изученных групп, то есть у 19%, ангина была обнаружена 20 раз у 8%, пневмония зафиксирована 10 раз, что составило 3% заболевших, бронхиальная астма обнаружена 5 раз, что соответствует 2% детей (Рис. 1).

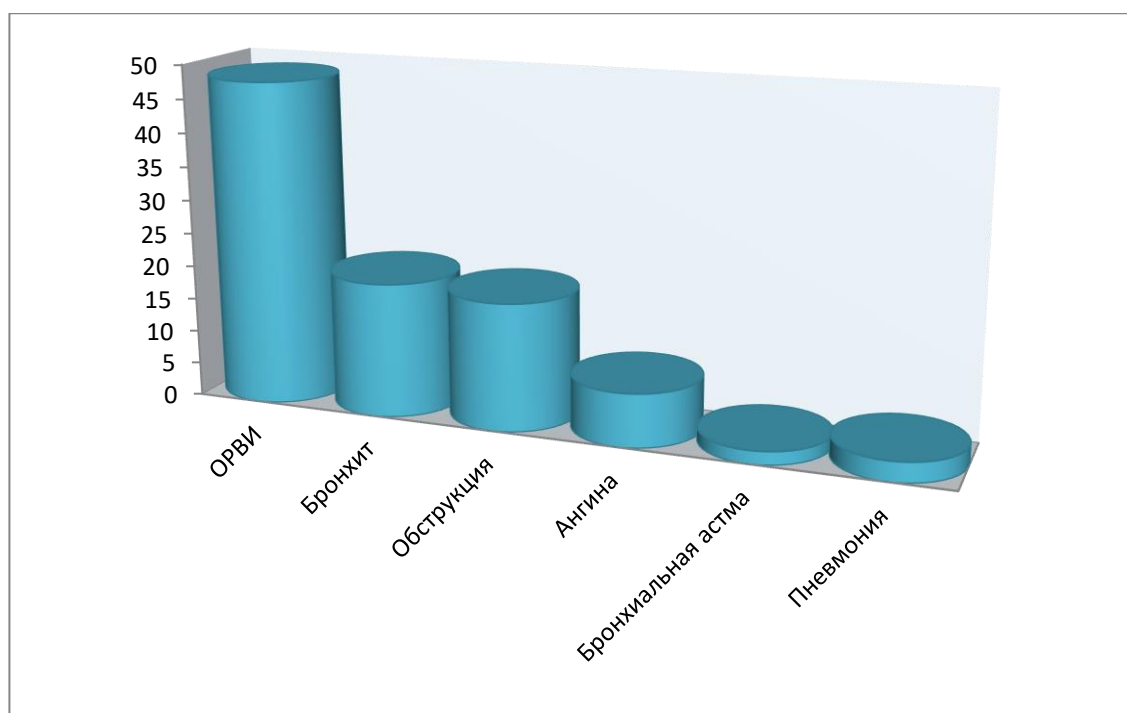


Рис. 1. Заболеваемость органов дыхания у детей ДОУ СОШ №68 за 2018 год

В одной из групп в течение трех месяцев мы проводили профилактическую работу. В качестве профилактики мы использовали ароматерапию с помощью масла лимона и чайного дерева, которое использовалось в аромакулонах, а так же добавлялось в воду для влажной уборки. Кроме этого каждый день мы проводили дыхательную лечебную гимнастику в течение двадцати минут. Пик периода заболеваемости приходится на осенне-зимний период с октября по февраль месяц, когда возникают вспышки ОРВИ и гриппа. Поэтому мы решили проводить профилактическую исследовательскую работу в осенне-зимний период, с ноября по январь включительно (Табл. 2).

Таблица 2

Уровень заболеваемости детей дошкольного возраста в осенне-зимний период
ДОУ СОШ № 68

Осенне-зимний период.	Контрольная группа		Исследуемая группа	
Ноябрь	15 чел	68,1%	5 чел	22,7%

Декабрь	11 чел	50%	6 чел	27,2%
Январь	10 чел	45%	3 чел	13,6%

Оказалось, что уровень заболеваемости в исследуемой группе снизился: так в ноябре болело всего 5 человек, что составило 22,7% исследуемых, в отличие от контрольной группы, в которой на пик заболеваемости в ноябре месяце пришлось 15 человек, что составило 68,1%. В декабре в исследуемой группе заболело 6 человек что соответствует 27,2%, а в контрольной группе заболевших было 11 человек, то есть 50%. В январе количество заболевших детей в группе, где проводилась ароматерапия и дыхательная гимнастика составило 3 человека, то есть 13%, а в контрольной группе количество заболевших составило 10 человек, то есть 45%. Что говорит о результативности профилактической работы (Рис. 2).



Рис. 2. Уровень заболеваемости детей дошкольного возраста ДОУ СОШ №68

Чаще всего максимальная заболеваемость ОРВИ и гриппом приходится на октябрь и ноябрь, поэтому профилактическую работу мы начали в ноябре месяце. Оказалось что в группе, где проводили профилактику в виде

ароматерапии дыхательной гимнастики в ноябре болело всего 5 человек, что составило 22,7% исследуемых, в отличие от контрольной группы, в которой на пик заболеваемости в ноябре месяце пришлось 15 человек, что составило 68,1% (Рис. 3).

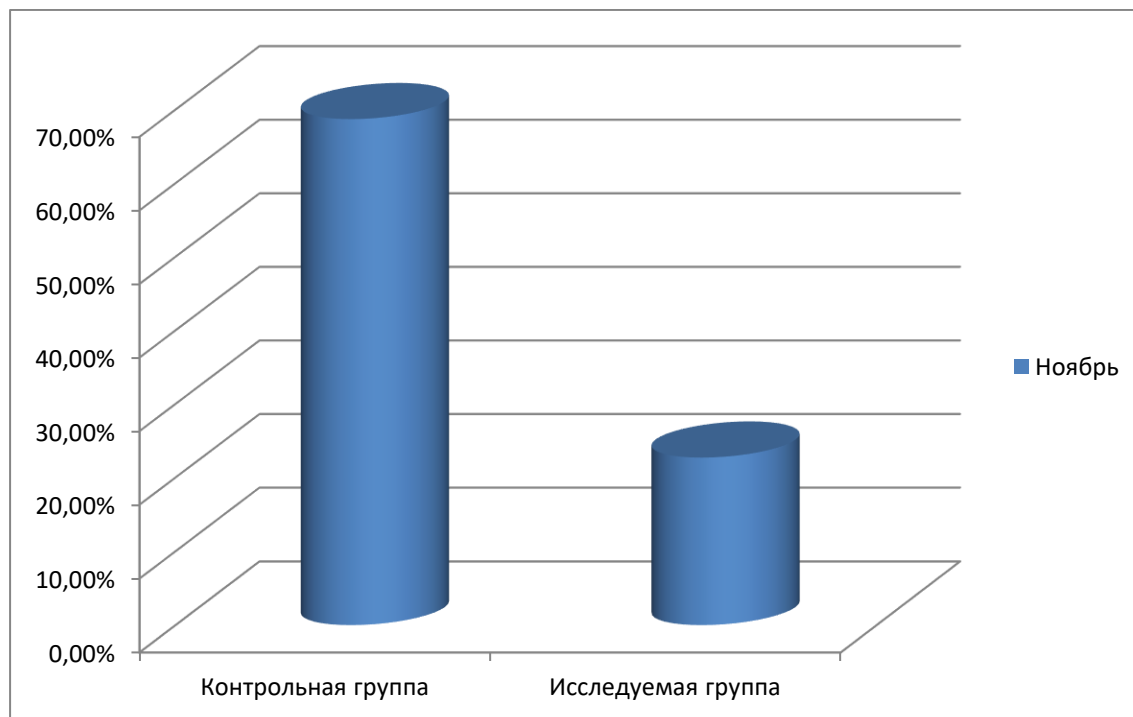


Рис. 3. Уровень заболеваемости в ноябре

Среди заболевших детей, в ноябре месяце, в контрольной группе из 15 заболевших, у 10 детей была выявлена острая респираторно вирусная инфекция, что соответствует 67% всех заболевших, у троих детей был бронхит, что соответствует 20% и у двоих детей наблюдался обструктивный бронхит, то есть у 13% заболевших детей контрольной группы. Ангины, пневмонии и бронхиальной астмы обнаружено не было. В исследуемой группе, после проведения профилактических мероприятий было всего пять заболевших детей. Из них два человека с диагнозом ОРВИ, то есть 40% из заболевших, два человека с бронхитом, что соответствует 40% заболевших, и один ребенок с обструктивным бронхитом, то есть 20% заболевших (Рис. 4).

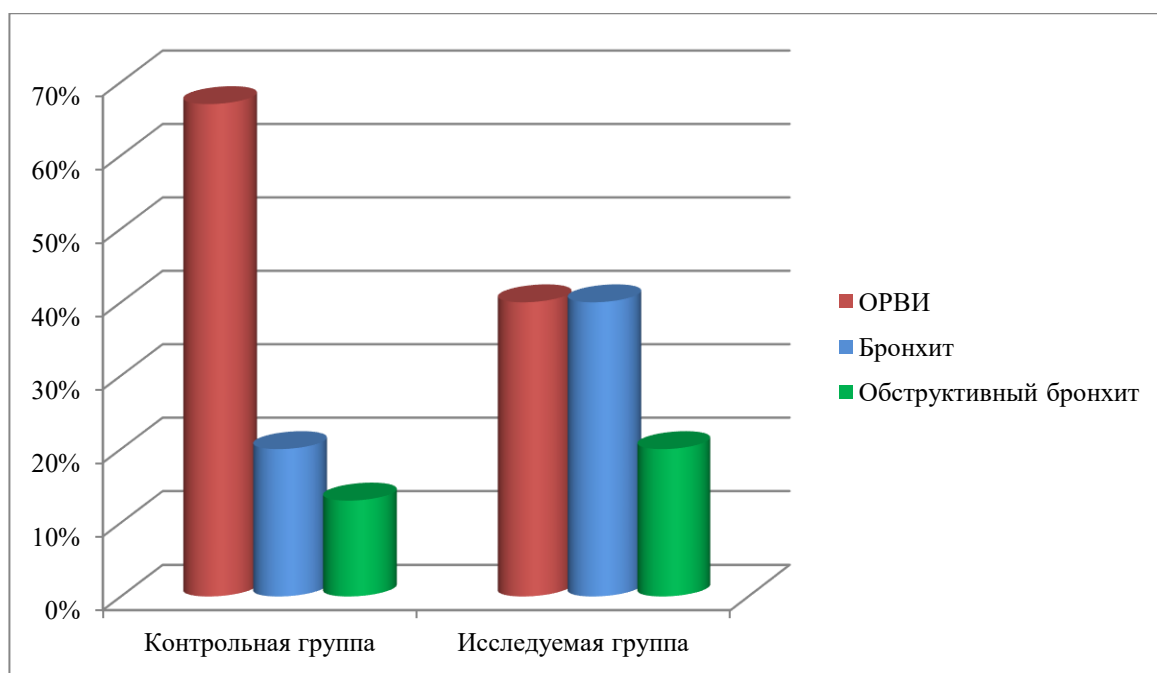


Рис. 4. Виды заболеваний органов дыхания за ноябрь

Профилактическая работа проводилась с помощью ароматерапии, дети использовали кулоны, куда капали три капли масла чайного дерева и масло лимона. В декабре, снизилась заболеваемость ОРВИ и гриппом, в исследуемой группе заболело 6 человек, что соответствует 27,2%, а в контрольной группе заболевших было 11 человек, то есть 50% от всей группы (Рис.5).

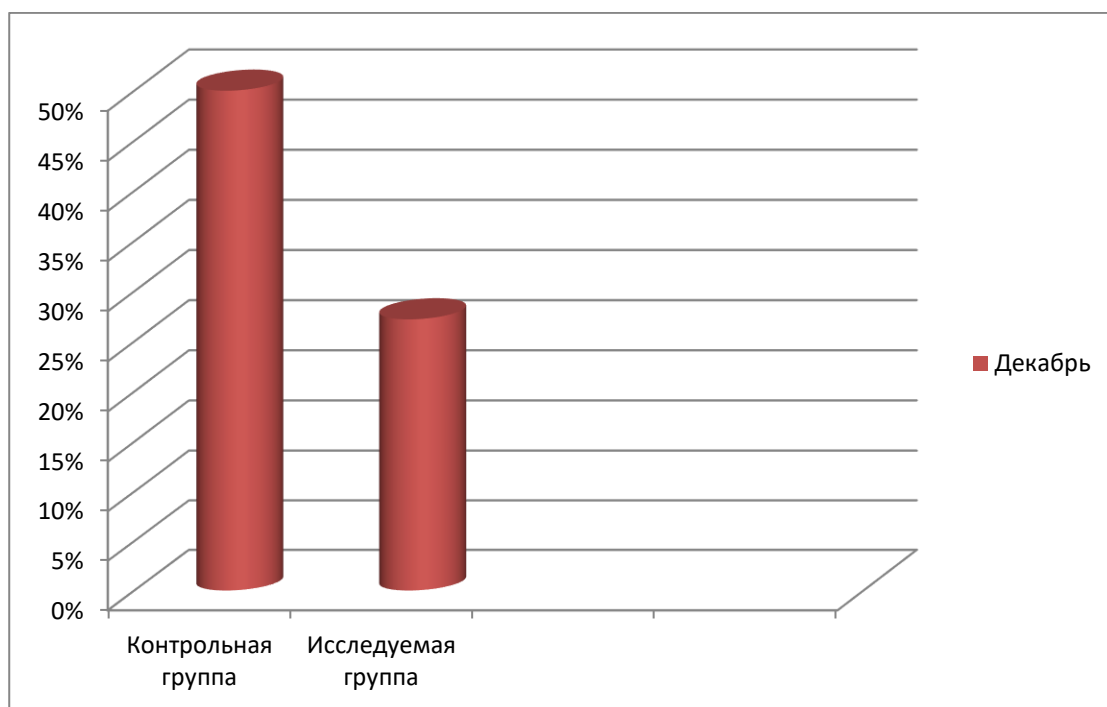


Рис. 5. Уровень заболеваемости в декабре

В декабре, количество заболеваний органов дыхания среди детей сократилось, в контрольной группе их оказалось 11 человек, из них шесть детей заболели ОРВИ, что составило 55%, трое детей были с диагнозом бронхит, 27%, и двое детей, то есть 12% заболевших страдали обструкциями. В исследуемой группе положение было гораздо лучше, так в декабре заболело шесть детей, из них трое с ОРВИ, то есть 50%, двое с бронхитом 33% и один ребенок с обструкцией, что составило 17% заболевших (Рис. 6).

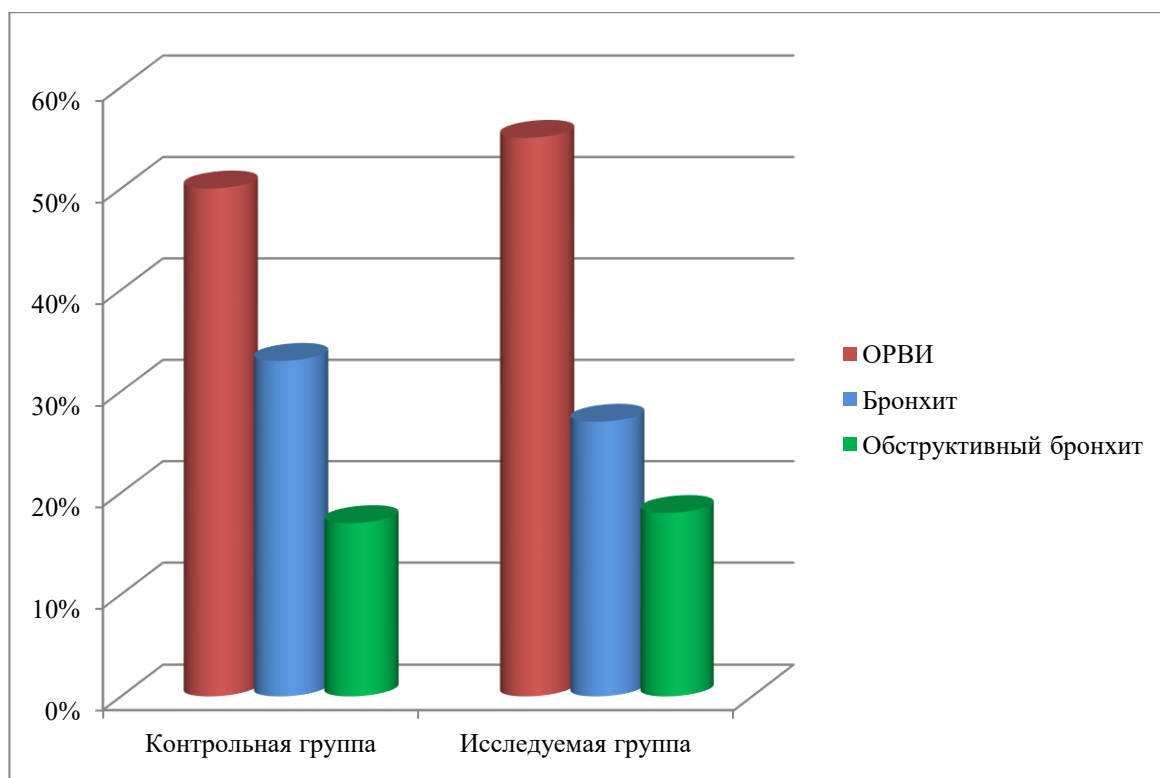


Рис. 6 . Виды заболеваний органов дыхания за декабрь

Самый минимальный уровень заболеваемости пришелся на январь, в группе, где проводилась ароматерапия и дыхательная гимнастика составило 3 человека, то есть 13%, а в контрольной группе количество заболевших составило 10 человек, то есть 45%. Интересен тот факт, что дети с удовольствием занимаются дыхательными упражнениями и воспринимают их как игру, и так же с огромным удовольствием одевают кулоны с ароматическими маслами, которые выполняют не только эстетическую функцию, но еще и оберегают от вирусов и инфекций. Что говорит о результативности профилактической работы в исследуемой группе (Рис. 7).

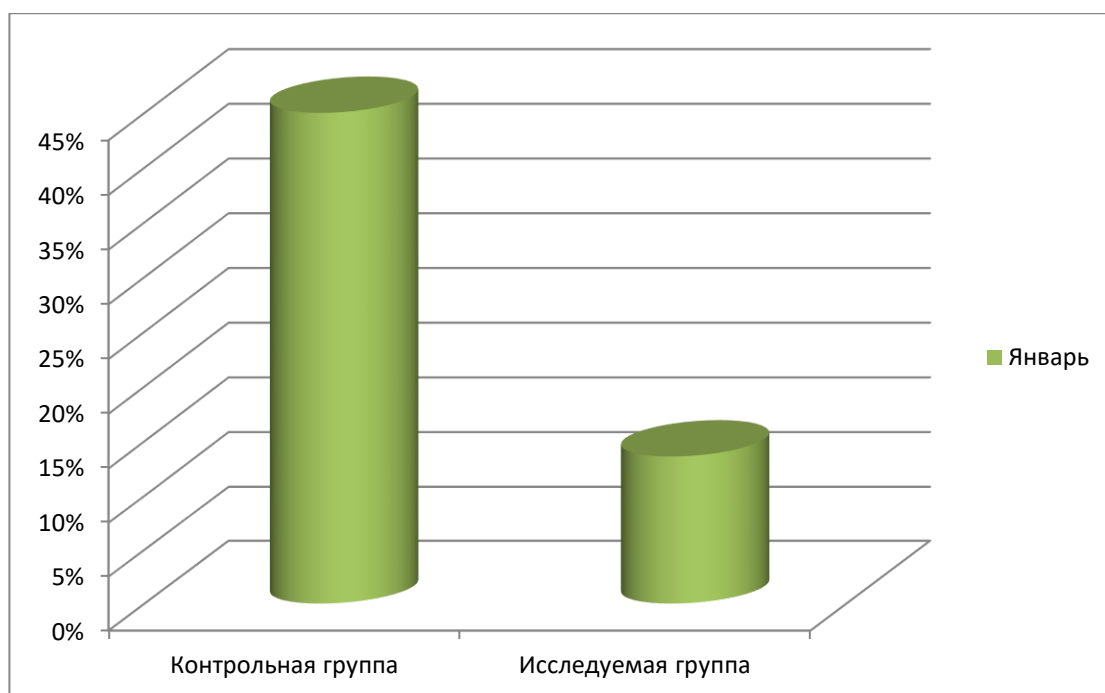


Рис. 7. Уровень заболеваемости в январе

В январе, заболевания органов дыхания состояли из ОРВИ, острого бронхита и обструкции, детей с ангиной, бронхиальной астмой и пневмонией не было, за истекший период, так, в контрольной группе заболевших 10 человек, из них у семи, то есть у 70% -ОРВИ, у двоих, то есть у 20% острый бронхит, и один ребенок болел обструктивным бронхитом -10%, а в группе, где проводилась ароматерапия и дыхательная гимнастика в январе заболело трое детей, из них двоим был поставлен диагноз ОРВИ, что составило 67% заболевших и у одного ребенка наблюдался острый бронхит, что соответствует 33% заболевших в данной группе (Рис. 8).

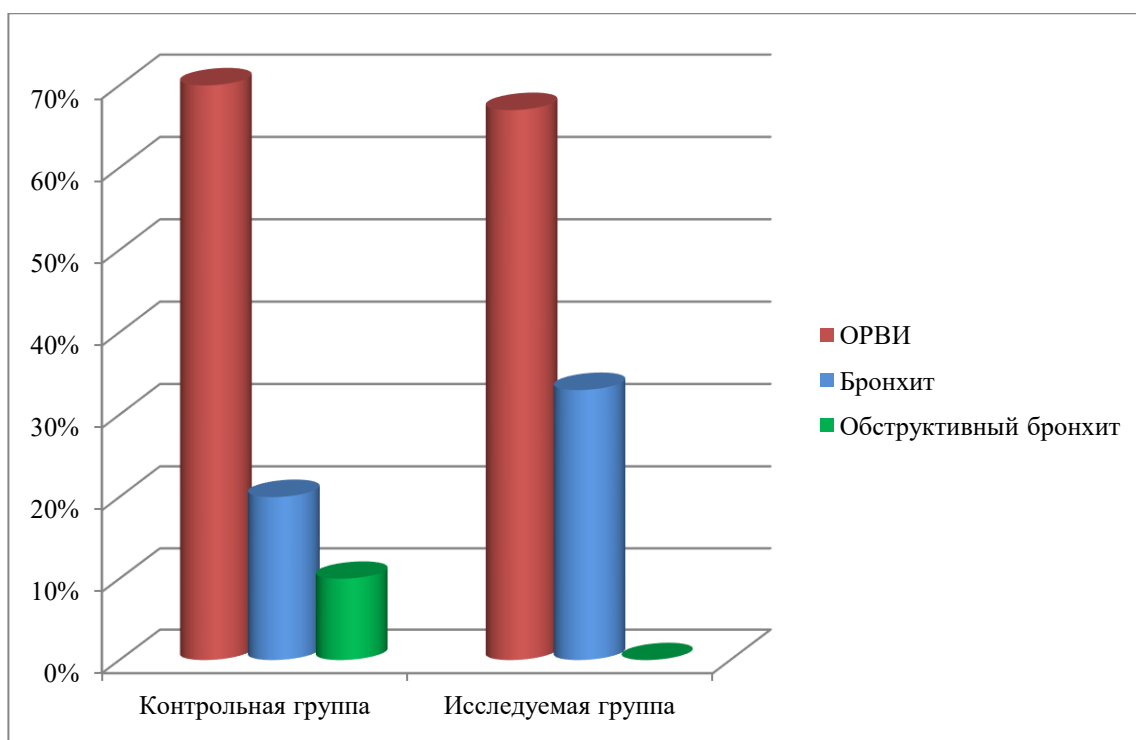


Рис. 8. Виды заболеваний органов дыхания за январь

Таким образом, исходя из нашего исследования, изучив статистику заболеваемости детей дошкольного возраста оказалось, что уровень заболеваемости органов дыхания у детей достаточно высокий, каждый из сорока четырех опрошенных детей болел от двух до семи раз за 2018 год. Частота встречаемости ОРВИ оказалась 105 раз, что составило 48%, бронхитом, в течение года болели 45 раз, что соответствует 20% , обструктивный бронхит был зафиксирован 35 раз, у детей изученных групп, то есть у 19%, ангина была обнаружена 20 раз у 8%, пневмония зафиксирована 10 раз, что составило 3% заболевших, бронхиальная астма обнаружена 5 раз, что соответствует 2% детей. Что еще раз доказывает актуальность профилактической работы и необходимость ее обязательного проведения в профессиональной деятельности медицинской сестры дошкольных учреждений.

После проведения профилактических мероприятий уровень заболеваемости в исследуемой группе снизился: так в ноябре болело всего 5 человек, что составило 22,7% исследуемых, в отличие от контрольной группы, в которой на пик заболеваемости в ноябре месяце пришлось 15 человек, что составило 68,1%. В декабре в исследуемой группе заболело 6 человек что

соответствует 27,2%, а в контрольной группе заболевших было 11 человек, то есть 50%. В январе количество заболевших детей в группе, где проводилась ароматерапия и дыхательная гимнастика составило 3 человека, то есть 13%, а в контрольной группе количество заболевших составило 10 человек, то есть 45%. Что говорит о результативности профилактической работы и необходимости ее обязательного проведения в дошкольных учреждениях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Патология органов дыхательной системы влияет, как это видно из выше описанного исследования, на все другие системы, иммунитет детей, заболеваемость и имеет свои последствия.

Ведущая роль в профилактике заболеваний органов дыхания принадлежит медицинской сестре дошкольного учреждения, которая ведет наблюдение за детьми, общается, проводит процедуры, дыхательную и лечебную гимнастику, ароматерапию, следит за динамикой заболеваемости. При проведении этих мероприятий от среднего медработника требуется высокая профессиональная дисциплина, системное выполнение всех профилактических мероприятий, каждодневное изучение состояния детей и чёткое выполнение всех назначений.

Важно не только качественное, профессиональное и своевременное выполнение назначений, но и личностные качества, а именно умение правильно вести себя и строить диалог с детьми дошкольного возраста, умение находить психологический контакт с маленькими пациентами и умение вовлечь их в профилактические мероприятия в игровой форме. Обязательным условием качественной работы является не формальное выполнение своих профессиональных компетенций, а по внутреннему побуждению, с чувством долга, бескорыстно.

При общении с детьми и выполнении сестринских манипуляций медсестра обязана соблюдать деонтологические нормы и принципы поведения, создавать общий доброжелательный настрой, проявлять выдержку, терпимость, готовность помочь пациентам создать обстановку доверия, от того как медицинская сестра будет вести себя с ребенком, будет так же зависеть уровень профилактической работы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белозеров, Ю.М. Болезни органов дыхательной системы [Текст] : учебник : / Ю.Б. Белозеров. – Москва. Академия, 2014. – 258 с.
2. Колесник, Н.Т., Орлова Е.А. Клиническая психология [Текст] : учебник / под ред. Г.И. Ефремова. – Москва Юрайт, 2014. – 363 с.
3. Лурия, А.Р. Лекции по общей психологии [Текст] / А.Р. Лурия. - СПб.: Питер, 2012. - 320 с.
4. Маклаков, А.Г. Общая психология [Текст] : учебник: / А.Г. Маклаков. – СПб.: Питер, 2012. - 583 с.
5. Нуркова, В.В. Общая психология [Текст] : учебник / В.В. Нуркова, Н.Б.Березанская. – 2-е изд., доп. и перераб. – Москва : Юрайт, 2013. – 604 с.
6. Островский, Р.В. Основы психологии [Текст] : учебное пособие / Р.В. Островский. – М., 2012. - 268 с.
7. Пизова, Н.В. Когнитивные нарушения при некоторых сердечно-сосудистых заболеваниях [Текст] / Н.В. Пизова// Журнал Consilium Medicum. – 2015. – № 2. – с.93-100.
8. Полянцева, О.И. Психология для средних медицинских учреждений [Текст] : учебник / О.И. Полянцева. – 7-е изд., доп. и перераб. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2015. – 252 с.
9. Подулыбина А. В. Заболевания органов дыхания у детей [Текст] // Актуальные задачи педагогики: материалы V Междунар. науч. конф. (г. Чита, апрель 2014 г.). — Чита: Издательство Молодой ученый, 2014. — С. 5-7. — URL <https://moluch.ru/conf/ped/archive/102/5415/>
10. Римская, Р. – Практическая психология в тестах [Текст] учебное пособие / Р. Римская, С. Римский. – М. : АСТ-ПРЕСС КНИГА, 2001.- 400 с.
11. Руденко, А.М. Психология для медицинских колледжей [Текст] : учебное пособие / А.М. Руденко, С.И. Самыгин. – 3-е изд., доп. и перераб. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2015. – 383 с.

12. Филиппов, Е.В. ИБС, инфаркт миокарда и инсульт. [Текст] / Е.В. Филиппов, В. С. Петров, В. Г. Огороков // Медицинский совет. - 2015. - № 8. - с. 14-21.
13. Холмогорова, А.Б. Клиническая психология [Текст] : учебник : / А.Б. Холмогорова. – Москва :Академия, 2013. – 432 с.
14. Хорошевский, Н.И. Современные методы развития памяти и мышления [Текст] научное издание / Н. И. Хорошевский, - М. Дашков. : Наука-Спектр, 2012. – 168 с.
15. Цыбульский, А.Г. Сердечно-сосудистая система [Текст] / А.Г. Цыбульский, Л.Л. Колесников, Т.В. Горская. – Новая Волна : Умеренков, 2013. – 146 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Программа упражнений для профилактики респираторных заболеваний

1. Спокойная ходьба по залу с переходом на ходьбу с высоким подниманием ног, в течение 1 минуты. Дыхание через нос, сохранение правильной осанки.

2. «Самолетики». Бег с разведенными в стороны на уровне плеч руками. Время бега увеличивается на каждом занятии на 8-10 секунд с 10-15 с до 1 мин. За 15 секунд до окончания упражнения темп бега постепенно замедляется. Во время выполнения движения произносится звук «у-у».

3. Ходьба по скамейке. Прохождение по гимнастической скамейке и спрыгивание на мягкое покрытие. Упражнение выполняется 1-2 раза.

4. «Часики». Исходное положение (и.п.): ноги на ширине плеч, руки на поясе, наклоны в стороны: наклон вправо – «тик», влево – «так». Слова произносятся громко, спина прямая, упражнение выполняется 4-5 раз.

5. Произношение звуков и слогов с двукратным повторением. Дыхание через одну ноздрю: дует ветер – «фу» (тихо, сильно); жужжит жук – «ж-ж-ж». При выполнении упражнения ребенок указательным пальцем поочередно закрывает то одну ноздрю, то другую, осанка правильная. Затем сидя на стуле, руки на коленях, ребенок 2-4 раза поет, как петушок: «ку-ка-ре-ку», лает, как собака: «гав-гав».

6. «Аист». Перешагивание через гимнастическую палку, фиксируемую на высоте 40-50 см. Упражнение повторяется 1-2 раза.

7. «Маленькие - большие». Приседания: «маленькие» - присесть, руками обхватить колени; «большие» - встать, руки поднять вверх над головой. Упражнение повторяется 3-5 раз. При приседании произносится «ах», при поднимании «ох».

8. Бросание мяча в обруч – 2-3 раза. Бросание мяча двумя руками в обруч, расположенный на высоте роста ребенка на расстоянии 1 метра от него.

9.«Змейка». Проползание под гимнастической скамьей. Упражнение повторяется 1-2 раза.

10.Подтягивание на руках вдоль гимнастической скамьи, лежа на животе, голова приподнята. Упражнение повторяется 1-2 раза.

11.«Ножнички». Руки вытянуты вперед, выполняется скрестное движение руками. Упражнение повторяется 4-5 раз.

12.«Воздушный шар». Ребенок имитирует надувание воздушного шара, делая вдох носом, выдыхая через рот, медленно разводя руки в стороны. Когда шар стал уже большой, руки максимально разведены, произносят «бах», шар лопается, и ребенок приседает.

13.Игра малой подвижности или ходьба.